

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ขวัญชนก โรจนศิริพัฒนาพล, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ขวัญชนก โรจนศิริพัฒนาพล, พ.บ.,
โรงพยาบาลพล 215 ถ.มิตรภาพ
ต.เมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่น
40120, ประเทศไทย
Email: k.burapan99@gmail.
com

Received: March 13, 2024;

Revised: July 4, 2024;

Accepted: August 15, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่รุนแรง การวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสทบทวนและวางแผนชีวิต การวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาการดำเนินของโรคของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

แบบวิจัย: การศึกษาไปข้างหน้า (prospective cohort study)

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ ในปี พ.ศ. 2565 เข้าร่วม 30 คน ติดตามทุกเดือนจนครบ 3 ครั้ง ตั้งแต่ มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ frequency (range), mean (standard deviation) และเปรียบเทียบคะแนน PPS และ ESAS ด้วย paired t-test

ผลการศึกษา: คะแนน ESAS และ PPS มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลา เมื่อเปรียบเทียบคะแนน ESAS พบว่าครั้งที่ 1 กับ 3 และครั้งที่ 2 กับ 3 คะแนน PPS ครั้งที่ 1 กับ 2 และครั้งที่ 1 กับ 3 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: การทำ advance care planning (ACP) อาจช่วยลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยกลุ่มไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต แม้ในผู้ป่วยที่ระดับ PPS ลดลงตามช่วงเวลา จึงควรประชาสัมพันธ์ ACP ให้เป็นทางเลือกในการรักษาและศึกษาในทุกโรคที่มีการรักษาแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ORIGINAL ARTICLE

Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients on Advance Care Plan

Khuanchanok Rotchanasiriphathanaphon, M.D., MRCFPT

Phon Hospital, Khon Kaen Province, Thailand

Corresponding author :

Khuanchanok Rotchanasiriphathanaphon, M.D.,
Phon Hospital, 215 Mittrap-hap Road, Mueang Phon Subdistrict, Phon District, Khon Kaen 40120, Thailand
Email: k.burapan99@gmail.com

Received: March 13, 2024;

Revised: July 4, 2024;

Accepted: August 15, 2024

ABSTRACT

Background: End-stage renal disease (ESRD) is critical disease, Advance care plan help patients and their families are to facilitate the review of the life, plan of life. This research aims to study and compare the quality of life according to the duration of disease for end-stage renal disease patients who refused dialysis on advance care plan.

Design: Prospective cohort study

Methods: End-stage renal disease patients who refuse dialysis on advance care plan in Phon hospital, Khon Kaen province. 18 years old or over that was diagnosed by Internal Medicine in 2022, 30 participants, all patients were followed-up for 3 visits (Follow up every month), correcting has begun from June to September 2023. Quality of life interviewing questionnaire, namely Palliative Performance Scale (PPS) and Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Data were analyzed by frequency (range), mean (standard deviation) and paired t-test used to compare PPS and ESAS.

Results: ESAS and PPS scores tend to decrease over time, when compare ESAS between 1st and 2nd, 2nd and 3rd, PPS between 1st and 2nd, 1st and 3rd were statistically significant decreased at the 0.05 level.

Conclusions: Advance care plan (ACP) may reduce suffering in end-stage renal disease patients without dialysis. Even PPS score decrease over time. Therefore, we should be publicized ACP which is alternative medicine and should be studied all palliative care diseases.

Keywords: quality of life, end-stage renal disease, advance care plan

บทนำ

โรคไตระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD) หมายถึง ภาวะการล้มเหลวและเสียหายที่ของไตอย่างถาวรเป็นผลมาจากการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งทำให้เกิดการทำลายไตอย่างช้า ๆ จนกระทั่งการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10.0 ของการทำงานของไตทั้งหมด หรือมีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร อัตราการกรองของเสียออกจากไตที่ลดลงทำให้เกิดภาวะของเสียคั่งในร่างกาย (uremia)¹ เป็นโรคที่มีความรุนแรง มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี ค.ศ. 2017 พบประชากรป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 3.25 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025² Hyodo et al.³ ได้ทำการสำรวจและรายงานในทวีปเอเชีย จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายปี ค.ศ. 2015 พบว่ามีจำนวน 144.29 ต่อประชากรล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเป็น 1 ใน 5 ประเทศที่มีอัตราการเกิดโรคไตสูงที่สุด ในปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6⁴ มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี และยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ของประเทศไทยอีกด้วย⁵

โรคไตในระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy, RRT) แต่การบำบัดทดแทนไต เป็นปัญหาต่อระบบบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงมาก ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทางไตมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาก่อนวันนัดที่มีสาเหตุจากเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ร้อยละ 36.43 เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 39.00 นำไปสู่ปัญหาต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านพยาธิสภาพของโรค การดูแลรักษา และปัญหาด้านเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) และการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในกลุ่มนี้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁶ การรักษาแบบไม่ฟอกไต (non-dialytic treatment) เป็นการดูแลรักษา

ที่เน้นลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานของไตในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงสุดท้ายของชีวิต (end of life) ที่ดี รวมไปถึงการดูแลประคับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแล

การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า เป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อสารถึงเจตจำนงของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการให้ปฏิบัติในอนาคตเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เน้นกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัวและผู้ดูแลรักษา ให้ความสำคัญกับความปรารถนาของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสทบทวนและวางแผนชีวิตล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าผู้อื่นจะรับรู้และยอมรับถึงคุณค่า ความคาดหวังในช่วงท้ายของชีวิตของเขา ทำให้เขารู้สึกมั่นคง ปล่อยวาง และจากไปอย่างสงบได้⁷

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพในหลายด้านรวมกัน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ และสุขภาพทางสังคม⁸ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการฟอกไตจะต้องเผชิญกับตัวโรคและมีผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ผลของสภาพโรคต่อผู้ป่วย ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต สถานภาพในการทำงาน สมรรถภาพทางเพศ การนอนหลับ การให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ความรุนแรงของอาการจะมากกว่าเนื่องจากร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ทำให้เกิดภาวะยูริเมียคืออาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เนื้อเยื่อรอบหัวใจบวม ปลายประสาทเสื่อม ความคิดสับสน ง่วงนอน ชัก โคม่า และมีอาการรุนแรงมากขึ้น⁹

สำหรับโรงพยาบาลพล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 90 เตียง มีคลินิกการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในปี พ.ศ. 2562-2564 เป็นจำนวน 140, 107, และ 85 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาโดยไม่บำบัดทดแทนไต และได้รับการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า เพื่อการรักษาแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2562-2564 เป็นจำนวน 32, 44 และ 49 ตามลำดับ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาการดำเนินของโรค โดยการเปรียบเทียบคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) แต่ละช่วงเวลากการติดตามของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พิจารณาให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน และหาแนวทางให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ในอนาคต ให้ผู้ป่วยที่เลือกปฏิเสธการฟอกไตได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (prospective cohort study) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 47 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2565 อายุ 18 ปีขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการสอบถามความสมัครใจ ผู้ป่วยทุกรายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์ไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (exclusion criteria)

- มีอาการทางจิตประสาทหรือได้รับยารักษาอาการดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (The Edmonton Symptom Assessment System) โดยมีการเรียงข้อคำถามของอาการฉบับภาษาไทยโดยโรงพยาบาลรามาริบัติ (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2566) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาค-อัลฟา เท่ากับ 0.75¹⁰

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

โดยใช้แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.99¹¹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูลรวม 4 เดือน ตั้งแต่ มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 แบ่งเป็นระยะเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่ มิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566 และระยะติดตาม โดยการติดตามอาสาสมัครทุกคนจนครบ 3 ครั้ง (1ครั้ง/เดือน) สิ้นสุดการติดตามในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยการเก็บข้อมูลจะถือตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การนัดหมายมาโรงพยาบาลให้ตรงตามนัดการดูแลอาการเจ็บป่วยของอาสาสมัคร การเยี่ยมบ้าน และการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล ซ้ำ 2 ครั้ง อย่างเป็นอิสระต่อกัน เพื่อดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาเข้าโปรแกรม STATA ver.10 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA ver.10 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่อง

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครในแต่ละช่วงของการติดตาม ได้แก่ 1) เปรียบเทียบครั้งที่หนึ่งเมื่อเริ่มเข้าโครงการกับครั้งที่สอง 2) เปรียบเทียบครั้งที่หนึ่งเมื่อเริ่มเข้าโครงการกับครั้งที่สาม และ 3) เปรียบเทียบครั้งที่สองกับครั้งที่สาม โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ หากเกิดกรณีข้อมูลขาดหายเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต จะดำเนินการกับข้อมูลขาดหายด้วยวิธี Listwise deletion (LD)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 014/2566

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ย 75.87 ± 9.83 ปี โดยผู้ป่วยได้ให้เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตเนื่องจากผู้ป่วยทุกคนไม่ยอมฟอกไต (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายและครอบครัวไม่ยอมให้ฟอกไต (ร้อยละ 43.30 และ 43.30 ตามลำดับ) ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตร (ร้อยละ 80.00) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยแบบประเมิน PPS พบว่าครั้งที่หนึ่ง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 67.00 ± 22.46 ครั้งที่สอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 56.67 ± 25.10 และ ครั้งที่สาม ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 55.33 ± 23.74 ด้าน ESAS พบว่าครั้งที่หนึ่ง มีค่าเฉลี่ย 10.40 ± 13.61 ครั้งที่สอง มีค่าเฉลี่ย 13.20 ± 16.19 และครั้งที่สามมีค่าเฉลี่ย 5.63 ± 6.51 เมื่อเปรียบเทียบคะแนน PPS ครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สอง และครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สาม พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ครั้งที่สองกับครั้งที่สาม มีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการเปรียบเทียบคะแนน ESAS ครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สอง พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบ ครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สาม และ ครั้งที่สองกับ

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของประชากร

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)/ mean \pm SD
เพศ	
ชาย	8 (26.7)
หญิง	22 (73.3)
อายุ	75.87 \pm 9.83 ปี
การศึกษา	
ประถมศึกษา	28 (93.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (3.3)
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	1 (3.3)
สถานภาพสมรส	
คู่	16 (53.4)
หม้าย/หย่าร้าง	13 (43.3)
โสด	1 (3.3)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (80.0)
เกษตรกร	5 (16.7)
ค้าขาย	1 (3.3)
รายได้ต่อเดือน	1,206.67 \pm 597.66 บาท
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (median = 2.5 ปี, IQR = 2 ปี)	3.30 \pm 2.30 ปี
เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ผู้ป่วยไม่ยอมฟอกไต	30 (100.0)
เหตุผลด้านค่าใช้จ่าย	13 (43.3)
ครอบครัวไม่ยอมให้ฟอกไต	13 (43.3)
ไม่มีผู้ดูแลขณะฟอกไต	8 (26.7)
อายุมาก	2 (6.7)
ใครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
บุตร	24 (80.0)
สามี/ภรรยา	13 (43.3)
ไม่มีผู้ดูแล	4 (13.3)
ญาติ	2 (6.7)
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากช่องทางใด	
บุคลากรทางการแพทย์	30 (100.0)
ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านหรือไม่	
ได้รับ	29 (96.7)
ไม่ได้รับ	1 (3.3)
ผู้ใดเป็นผู้มาเยี่ยมบ้าน	
อสม. ประจำหมู่บ้าน	25 (83.3)
เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	25 (83.3)
เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล	25 (83.3)

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของประชากร (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)/ mean±SD
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยเลือก	
No tube	30 (100.0)
No CPR	30 (100.0)
No Refer	30 (100.0)
ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต	9.44±3.32 มล./ นาที/1.73 ตร.ม.
เหตุผลที่เข้ารับการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า (ตอบได้หลายเหตุผล)	
อายุมาก	18 (60.0)
ไม่ยอมให้ทรมาณ	17 (56.7)
กลัวเป็นภาระลูกหลาน	8 (26.7)
อื่น ๆ เช่น กลัวการติดเชื้อ ปัญหาการเงิน เป็นต้น	2 (6.7)

ครั้งที่สาม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

คุณภาพชีวิตโดยรวมตามระยะเวลาการดำเนินของ
โรค ผลการวิจัยพบว่า ครั้งแรก que ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย มี
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมิน PPS ประเมินสถานะ
ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองการ
ดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันครั้งที่หนึ่ง ครั้งที่สอง และ
ครั้งที่สามลดลงเรื่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีอาการ
ของโรคไตวายระยะสุดท้ายเมื่อระยะเวลาผ่านไป อาการ

ของโรคจึงมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการแสดงผิดปกติ
ของทุกระบบในร่างกาย ส่งผลให้คะแนนแบบประเมิน
PPS ลดลง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าคะแนนความสามารถ
ในการช่วยเหลือตนเอง (PPS) คะแนนลดลงอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ (p < 0.001)¹² แต่วิจัยพบว่าหลังจากที่
ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และมีการจัดการ
อาการที่ดี คะแนนจึงลดลงอย่างช้า ๆ ส่งผลให้การเปรียบ-
เทียบคะแนน PPS ครั้งที่หนึ่งกับสอง และครั้งที่หนึ่งกับ
สาม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.0020 และ
0.0006 ตามลำดับ) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผน
การดูแลล่วงหน้า สามารถเข้าใจถึงอาการป่วย เตรียม
พร้อมรับมือกับสภาพร่างกายและจิตใจ และได้รับการ
จัดการอาการจากทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต
ที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม¹³

ค่าเฉลี่ย ESAS ครั้งที่หนึ่ง คือ 10.40 ± 13.61 ครั้งที่
สอง คือ 13.20 ± 16.19 ครั้งที่สามมีค่าเฉลี่ย ESAS น้อย
ที่สุด คือ 5.63 ± 6.51 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการ
อาการ จากการเข้ารับการวางแผนล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง
ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนน ESAS ครั้งที่หนึ่งกับสาม
และครั้งที่สองกับสาม จึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p = 0.0388 และ 0.0019 ตามลำดับ) การวางแผนการ
ดูแลล่วงหน้าทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น รูปแบบการดูแล
แบบประคับประคองที่สำคัญในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ
สุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต 1) การวางแผนการดูแล
ล่วงหน้า เป็นเรื่องที่สำคัญในการวางแผนเรื่องการดูแล 2)
ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อจัดการและประสาน

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการและคะแนน PPS ตามระยะเวลาการดำเนินของโรค

เปรียบเทียบ	ESAS			PPS		
	X	SD	P-value	X	SD	P-value
ครั้งที่ 1 กับ						
ครั้งที่ 2	10.40	13.61	0.7873	67.00	22.46	0.0020*
ครั้งที่ 1 กับ						
ครั้งที่ 3	10.40	13.61	0.0388*	67.00	22.46	0.0006*
ครั้งที่ 2 กับ						
ครั้งที่ 3	13.20	16.19	0.0019*	56.67	25.10	0.1608
	5.63	6.51		55.33	23.74	

ESAS, Edmonton Symptom Assessment System; PPS, Palliative Performance Scale

ปัญหาเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข และจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 3) ควรมีการจัดการอาการผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอาการรบกวนมากมาย การจัดการอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายตามสภาพที่เป็นอยู่¹⁴ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ เข้าใจ ทำใจ และปลงใจ ซึ่งเป็นการดูแลเข้าใจตามบริบท นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมของตนเอง¹⁵

สรุป

การทำ ACP อาจช่วยลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยกลุ่มไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต แม้ในผู้ป่วยที่ระดับ PPS ลดลงตามช่วงเวลา เพราะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับความความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนรวมถึงได้รับการจัดการอาการที่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

1. เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็กมาก มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเพียง 30 คน ผลการวิจัยครั้งนี้จึงจำกัดในประชากรที่ศึกษา มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปสู่พื้นที่โรงพยาบาลอื่น ๆ
2. ผู้วิจัยได้วางแผนจัดการตัวแปรกวนโดยวิเคราะห์เป็นค่าประชากรเมื่อประชากรสนใจเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด จึงไม่มีปัจจัยอื่นใดที่จะส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างราย แต่ระหว่างการดำเนินการวิจัยจริง มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 30 คน ส่งผลให้อาจมีปัจจัยอื่นบางปัจจัยส่งผลต่อผลการศึกษานอกจากการทำ ACP เช่น การดูแลที่ดีจากครอบครัว รายได้ที่เหมาะสม เป็นต้น ผลการวิจัยนี้จึงเหมาะสมกับพื้นที่ที่ทำการวิจัยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีสื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงทางเลือกวิธีการรักษา และมีการจัดทีมสหวิชาชีพที่ดูแลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยเลือกเข้ารับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ควรมีการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับอาการทุกข์ทรมาน อาการไม่สุขสบาย ลดความเครียดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. ควรจัดตั้งคลินิกการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าวันเดียวกับคลินิกผู้ป่วยโรคไต เพื่อสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง และการดูแลส่งต่อทีม ระหว่างคลินิก ซึ่งสะดวกต่อผู้ป่วยในการเข้าถึง รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนแบบเชิงรุก โดยการจัดตั้งทีมเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยทุกโรคที่มีการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เห็นความแตกต่างตามลักษณะของความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน และศึกษาในพื้นที่ขนาดใหญ่เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษา

Highlight

1. ผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. คลินิกการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ากับการสื่อสารประสานงานกับคลินิกผู้ป่วยโรคไต
3. ควรมีการเข้าถึงการรักษาประคับประคองทุกโรค และให้ความรู้ความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยประคับประคองและทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากรโรงพยาบาลพลทุกท่าน ที่ร่วมกันดูแลรักษา ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ แนวคิด มุมมอง และการปรับปรุงแก้ไขงานมาโดยตลอด รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. American Journal of Kidney Diseases. 2002;39:S1-266.
2. Fresenius Medical Care. Annual Report 2018[Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 29]. Available From: https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/com/pdf/Media_Center/Publications/Annual_Reports/FME_Annual-Report_2018.pdf
3. Hyodo T, Fukagawa M, Hirawa N, Hayashi M, Nitta K, Chan S, Widiana G. Present status of renal replacement therapy in Asian countries as of 2016: Cambodia, Laos, Mongolia, Bhutan, and Indonesia. Renal Replacement Therapy. 2019;5:1-11.
4. สมาคมโรคไต. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
5. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. โรคไต [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://plan.dmh.go.th/>
6. ภัทรศร นพฤทธิ และอารมย์ พรหมดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16:96-108.
7. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
8. อรวรรณ กุลจีรัง และนารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;23:86-96.
9. สมศรี เผ่าสวัสดิ์, ศัลยเวทย์ เลขะกุล, ธีรชัย ฉันทโรจนศิริ, ธีรญารัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ, สุนันทา วิจิตเลิศ, ธีรยุทธ เจริญจรรย์ภรณ์, และคณะ. ความรู้เรื่องไตสำหรับประชาชน. นนทบุรี: เฮลท์ เวิร์ค; 2556.
10. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ES-AS-Thai). Journal of Pain and Symptom Management. 2011;42:954-60.
11. Barallat E, Nabal M, Canal J, Truillano J, Gea-Sanchez M, Larkin P, Downing M. The Spanish adaptation of the Palliative Performance Scale (Version2) among cancer patients at the end of life: psy-chometric properties. Journal of Pain and Symptom Management. 2017;54:570-7.
12. วรัญญา จิตรบรรทัด, มิ่งขวัญ เกตุกำพล. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครทรรชนี. 2022;9:155-70.
13. ประไพ บุญมรกต, โสเพ็ญ ชูนวน. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2022;9:270-82.
14. สุรีพร ศิริยะพันธุ์, นิธิตา ชายเกตุ, เนตรชนก สันตรัตติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2021;4:1-15.
15. Jintana Arjsanthia, Jutamas Tilaphat. Effects of palliative nursing on quality of life of end-stage renal failure patients in the community. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019; 20:226-35.